

Famille et traitement de la toxicomanie chez les adolescents : étude de cas

Benoît Gauthier, Karine Bertrand et Pierre Nolin

Numéro 13, automne 2010

Expériences temporelles du vieillir

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/045424ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/045424ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

INRS-UCS

ISSN

1708-6310 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Gauthier, B., Bertrand, K. & Nolin, P. (2010). Famille et traitement de la toxicomanie chez les adolescents : étude de cas. *Enfances, Familles, Générations*, (13), 129–150. <https://doi.org/10.7202/045424ar>

Résumé de l'article

L'importance d'impliquer la famille dans le traitement de réadaptation en toxicomanie chez les adolescents fait consensus, mais la nature de son influence demeure peu documentée. Objectifs. Le but de cette étude de cas est de mieux comprendre la contribution de l'implication familiale dans ce processus de réadaptation. Méthode. Des entrevues individuelles semi-structurées ont été menées auprès de deux jeunes en traitement de la toxicomanie, leurs parents et les cliniciens les ayant suivis. Des données quantitatives complémentaires pré et post-traitement sur la gravité des problèmes familiaux et de consommation auprès de deux jeunes ont été recueillies. Résultats. Les récits de ces différents acteurs soulignent les bienfaits d'une implication parentale constante à travers les différentes étapes du traitement.

Famille et traitement de la toxicomanie chez les adolescents : étude de cas

Benoît Gauthier, M. Ps.

Psychologue

Candidat au doctorat en psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières

Membre étudiant du RISQ

Benoit.Gauthier2@uqtr.ca

Karine Bertrand, Ph. D.

Psychologue

Professeure adjointe à l'Université de Sherbrooke

Chercheure pour le RISQ

Karine.Bertrand@USherbrooke.ca

Pierre Nolin, Ph. D.

Neuropsychologue

Professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières

Chercheur au Centre d'étude interdisciplinaire de recherche sur le développement de l'enfant et la famille (CEIDF)

Pierre.Nolin@uqtr.ca

Résumé

L'importance d'impliquer la famille dans le traitement de réadaptation en toxicomanie chez les adolescents fait consensus, mais la nature de son influence demeure peu documentée. Objectifs. Le but de cette étude de cas est de mieux comprendre la contribution de l'implication familiale dans ce processus de réadaptation. Méthode. Des entrevues individuelles semi-structurées ont été menées auprès de deux jeunes en traitement de la toxicomanie, leurs parents et les cliniciens les ayant suivis. Des données quantitatives complémentaires pré et post-traitement sur la gravité des problèmes familiaux et de consommation auprès de deux jeunes ont été recueillies. Résultats. Les récits de ces différents acteurs soulignent les bienfaits d'une implication parentale constante à travers les différentes étapes du traitement.

Mots clés : Toxicomanie, adolescent, famille, réadaptation, changement.

Abstract

There is a general consensus as to the importance of involving the family in the rehabilitation treatment of adolescent substance abuse; but there is little documentation as concerns the nature of family influence in this matter. The objective of the present

study is to come to a better understanding of how family involvement contributes to the rehabilitation process. The method consists of semi-standardized individual interviews carried out with two youngsters undergoing substance abuse treatment, and with the parents and clinicians monitoring their progress. We have also collected complementary pre- and post-treatment data regarding the seriousness of family difficulties and substance abuse experienced by these two young people. Results. The narratives of these various stakeholders underline the benefits of a constant parental involvement at each stage of the rehabilitation treatment.

Keywords: *Drug Abuse, Adolescent, Family, Rehabilitation, Change.*

1- Introduction¹

Selon la dernière enquête épidémiologique québécoise réalisée auprès des jeunes du secondaire, 14 % des élèves présentent une consommation problématique ou à risque de le devenir (Dubé et Fournier, 2007). De plus, les manifestations cliniques de la dépendance au cannabis sont rapportées deux fois plus fréquemment parmi les adolescents que chez les adultes (Chen et Anthony, 2003). Les parents jouent un rôle primordial dans la compréhension du développement d'une telle dépendance tout en étant des acteurs importants pouvant favoriser la réadaptation des adolescents (Kumpfer et Alvarado, 2003). Il s'avère donc pertinent d'étudier l'influence du système parental sur ce processus de réadaptation complexe, d'autant plus que peu de données existent sur la façon dont une telle influence peut opérer (Dennis *et al.*, 2004).

La précocité de l'initiation à la consommation de cannabis chez les jeunes peut accentuer ses effets délétères sur leur développement. L'Institut de la statistique du Québec (Dubé, Tremblay, Traoré et Martin, 2007) rapporte qu'environ 46 % des jeunes du secondaire disent avoir déjà pris de la drogue (incluant le cannabis) de façon régulière au cours de leur vie; pour eux, l'âge de début de consommation régulière est de 13,8 ans. La consommation régulière correspond ici à une consommation d'au moins une fois par semaine pendant au moins un mois. Selon Fergusson, Horwood et Swain-Cambell (2002), les jeunes adolescents de 14-15 ans sont plus enclins à développer des conséquences psychologiques négatives de leur consommation régulière de cannabis que leurs pairs âgés de 20-21 ans. Ainsi, il y a consensus sur le fait que la consommation problématique de drogue, particulièrement chez les plus jeunes, vient interférer avec les tâches normatives du développement (Baumrind et Moselle, 1985; Brewster, 2001; Ridenour *et al.*, 2002). Une consommation de cannabis qui commence plus tôt et qui est plus intensive est aussi associée à une augmentation de plusieurs problèmes tels que la polyconsommation, les délits criminels, les difficultés scolaires ainsi que le décrochage scolaire (Fergusson, Horwood et Beautrais, 2003; Lynksey *et al.*, 2003; Lynskey et Hall, 2000; Patton *et al.*, 2002).

Plusieurs recensions des écrits permettent aux auteurs de souligner le rôle central de la famille dans la compréhension des facteurs de risque et de protection de l'abus de substances chez les jeunes (Dufour et Nadeau, 1998; Hawkins, Catalano, et Miller, 1992; Kumpfer et Alvarado, 2003).

¹ Remerciements : cet article a été rendu possible grâce à la bourse de rédaction d'article scientifique pour étudiant du groupe de Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec (RISQ).

Ainsi, Steinberg et ses collègues (1994) ont démontré que l'encadrement parental, décrit comme étant la supervision et la connaissance des sorties de l'adolescent de la part des parents, est efficace tant pour prévenir la consommation de drogue des adolescents que pour aider la réduction de cette consommation. Les résultats de plusieurs autres études appuient ce constat (Baumrind, 1991; Dorius, Bahr, Hoffmann et Harmon, 2004; Munk, 2008; Parker et Benson, 2004; Schmidt, Liddle et Dakof, 1996). Dans le même sens, l'étude de Lee et Bell (2003) montre qu'un haut degré d'attachement et d'autonomie est associé à de meilleures compétences sociales et d'adaptation chez le jeune, à moins de consommation de cannabis ou de problèmes liés à la consommation de substances.

En ce qui concerne la structure familiale, les liens étroits entre parents et adolescents préviennent l'utilisation de drogues ainsi que la délinquance selon McArdle *et al.* (2002). Leur étude menée auprès de 3 984 adolescents de 14 et 15 ans vivant avec leurs deux parents biologiques permet de conclure que tant la qualité des relations familiales que la structure des familles influent significativement, mais de façon indépendante sur la consommation de drogues des adolescents. La structure est identifiée par les auteurs comme étant la composition de la famille, soit le fait de vivre avec ses deux parents biologiques ou non. Pour ce qui est de la qualité des relations familiales, ils la caractérisent par le fait de pouvoir se confier à ses parents ainsi que par la présence de supervision parentale. Griffin, Botvin, Scheier, Diaz et Miller (2000) obtiennent des résultats allant dans le même sens concernant la structure familiale et stipulent que les familles biparentales ont la capacité de fournir une plus grande protection contre les comportements à risques tels que la consommation de drogue. Ledoux, Miller, Choquet et Plant (2002) vont encore plus loin en examinant trois structures parentales (biparentale, monoparentale, reconstituée) et en concluant non seulement que les familles biparentales sont un facteur de protection, mais également que ce sont les familles reconstituées qui sont le plus à risque de voir leurs adolescents consommer.

De plus, un manque de soutien parental est associé aux problèmes de consommation de substances ainsi qu'aux comportements délinquants chez les adolescents (Barnes, Farrell, et Cairns, 1986; Hundleby et Mercer, 1987; Simons, Lin et Gordon, 1998). En ce sens, une étude longitudinale effectuée auprès de 16 749 adolescents révèle que ceux qui perçoivent plus de soutien de la part de leurs parents sont moins enclins à la délinquance, à une mauvaise conduite à l'école ainsi qu'à l'abus de drogues et d'alcool (Parker et Benson, 2004).

Par ailleurs, les problèmes de comportements des parents sont des facteurs de risque de l'usage problématique de drogues des adolescents. Ainsi, la consommation de drogues des parents augmente le risque de consommation de leurs adolescents, et ce, de façon significative (Anderson et Henry, 1994; Brook *et al.*, 2001; Brook, Zhang, Koppel et Brook, 2008). L'alcoolisme parental est aussi associé à l'augmentation du risque de consommation problématique chez les adolescents (Chassin, Pitts, DeLucia, et Todd, 1999; Vitaro, Assaad et Carbonneau, 2004) ainsi qu'à l'augmentation du risque de voir la consommation de psychotropes débuter de façon précoce (Obot, Wagner, et Anthony, 2001). Enfin, il est également important de souligner que les enfants de parents ayant une dépendance ont de trois à neuf fois plus de risques de développer une dépendance que le reste de la population (Cotton, 1979; Schuckit, 1999; Vitaro, Tremblay et Zoccolillo, 1999).

Plusieurs de ces résultats qui documentent le rôle de la famille au plan du développement de l'abus de substances chez les adolescents appuient l'importance d'impliquer la famille dans le traitement de la toxicomanie (Center for Substance Abuse

Treatment, 2004; Henggeler, Borduin et Mann, 1993; Liddle et Dakof, 1995a, 1995b). Depuis plus de 20 ans, l'efficacité des approches de traitement familial auprès d'adolescents qui abusent de substances a été démontrée et a suscité l'intérêt de plusieurs chercheurs (Bukstein, 2000; Farrington et Welsh, 1999; Liddle *et al.*, 2001; Liddle et Dakof, 1995a; Szapocznik *et al.*, 1983, 1986; Szapocznik et Kurtines, 1989). Deas et Thomas (2001), en se basant sur une revue de littérature des traitements auprès des adolescents consommateurs de drogues, en sont venus à la conclusion que les traitements ciblant le système de la famille ont davantage fait l'objet d'études évaluatives que tout autre traitement. Les résultats suggèrent que ce type de thérapie est efficace pour traiter les adolescents aux prises avec un problème de consommation. Certaines études tendent même à documenter la supériorité des approches familiales sur les différentes approches dans le traitement de la toxicomanie chez les adolescents (Diamond, Serrano, Dickey, et Sonis, 1996; Liddle et Dakof, 1995b; Stanton et Shadish, 1997). Bien que les données soient insuffisantes pour conclure à une supériorité claire d'une approche sur une autre, il existe un large consensus sur la pertinence d'impliquer la famille dans le traitement des adolescents qui abusent de substances, notamment pour favoriser la persistance au traitement et son efficacité (Broome, Joe et Simpson, 2001; Santé Canada, 2001; Tremblay, Bertrand et Ménard, 2005). Ce consensus d'experts sur la pertinence clinique d'impliquer la famille est également appuyé par quelques résultats d'études qui s'attardent aux indicateurs de l'efficacité des traitements. Par exemple, Whitney, Kelly, Myers et Brown (2002) ont montré qu'une amélioration du fonctionnement familial est associée à une réduction de la consommation chez des adolescents en traitement pour la toxicomanie. La qualité de la communication entre les parents et les adolescents est une pratique parentale considérée comme un facteur de protection contre la consommation abusive de substances (Riesch, Coleman, Glowacki et Konings, 1997; Wills *et al.*, 2003). Dans ce sens, Stewart et Brown (1993) ont découvert qu'une meilleure communication et une cohésion familiale sont liées à des améliorations face à la consommation chez les adolescents suite à un traitement en toxicomanie. Ces résultats suggèrent que la communication au sein de la famille (Terjanian, 2002) et le soutien parental (Williams et Chang, 2000) sont des dimensions qui devraient être ciblées pour favoriser la réadaptation des jeunes en traitement de la toxicomanie.

L'influence de la consommation des adolescents ne s'effectue pas seulement sur les aspects relationnels de la famille, mais également sur le bien-être de ses membres. Elle peut provoquer un haut niveau de stress dans la famille, stress qui est susceptible d'occasionner des problèmes psychologiques et physiques importants (Bancroft, Carty, Cunningham-Burley et Backett-Millburn, 2002; Barnard, 2005; Bertrand, Beaumont, Durand et Massicotte, 2006; Center for Substance Abuse Treatment, 2004; Orford *et al.*, 1998; Velleman *et al.*, 1993). Voilà qui justifie encore une fois l'importance de l'implication de la famille dans le traitement, et ce, tant pour contribuer à l'amélioration de l'état des adolescents face à leur dépendance que pour aider la famille dans son ensemble.

Par contre, il n'en demeure pas moins que les mécanismes, par lesquels l'implication des parents pourrait ou non contribuer à ces améliorations, sont encore mal connus. Les chercheurs se sont principalement attardés à l'efficacité de protocoles de traitement plutôt qu'à la façon dont ces derniers peuvent agir sur le processus de réadaptation des adolescents (Dennis *et al.*, 2004). Les « ingrédients » communs aux différentes modalités d'intervention familiales qui peuvent expliquer les résultats thérapeutiques sont donc peu connus.

De plus, les données sur le vécu des individus et sur leurs perceptions concernant leur processus de réadaptation en toxicomanie sont très peu répertoriées (Bertrand et

Nadeau, 2006; Mercier et Alarie, 2000; Nadeau, Landry, Bertrand, et Acier, 2007). Cette perspective subjective, décrite par l'individu, est composée de significations et de sentiments personnels et est reconnue pour apporter des pistes d'intervention adaptées aux besoins, désirs et capacités des acteurs (Poupart, 1997). Le recours à différents points de vue d'acteurs clés concernant le même sujet permet d'augmenter la validité des conclusions (Miles et Huberman, 1994). C'est pourquoi la présente recherche propose, par l'analyse de deux études de cas, de recueillir les perceptions des adolescents, parents et cliniciens sur le rôle joué par la famille dans le processus de réadaptation afin d'obtenir une source de données riche et encore peu explorée.

Ainsi, cette étude de cas a pour but général de mieux comprendre la contribution de l'implication de la famille dans le processus de réadaptation d'adolescents en traitement de la toxicomanie. Pour ce faire, nous nous proposons d'explorer les perceptions des jeunes en traitement de la toxicomanie quant à leur propre processus de changement depuis leur admission en traitement. L'étude permet également d'explorer les perceptions des parents face au processus de changement de leur jeune et de la famille. De plus, cette étude de cas explore les perceptions des cliniciens au regard du processus de changement des jeunes et de leurs familles ainsi que de l'influence de ces dernières sur le traitement. De façon complémentaire, cette recherche permet de documenter, à partir de mesures quantitatives, l'évolution des problèmes liés aux substances et des problèmes familiaux chez deux jeunes ayant reçu des services spécialisés en toxicomanie ayant impliqué leur famille.

2. Méthode

2.1. Type d'étude

Cette étude s'inscrit dans une recherche plus large réalisée auprès de 199 jeunes en traitement de la toxicomanie et de leurs parents (Bertrand *et al.*, 2009). La présente recherche, de nature exploratoire, est une étude de cas portant sur deux familles et ayant pour objet l'influence de la famille dans le processus de réadaptation d'un adolescent toxicomane. Des données qualitatives, soit des entrevues en profondeur, et des données quantitatives (admission en traitement, suivi 6 mois et suivi au moment de l'entrevue qualitative, soit 17 ou 32 mois après l'admission en traitement) ont été recueillies. Les études de cas sont largement utilisées comme outil de recherche (Hamel, 1992; Perry et Kramer, 1986) et permettent de prendre en compte les caractéristiques holistiques et significatives des événements de vie étudiés (Hentz, 2006). Elles ont également comme caractéristiques d'être des études en profondeur et sont considérées comme une méthode de premier choix à l'intérieur de l'approche inductive (Hentz, 2006). Aussi, cette étude s'intéresse aux trajectoires des jeunes dans une perspective phénoménologique, ce qui permet de s'attarder à la signification que l'acteur social accorde aux événements (Poupart, 1997). Dans la présente étude, les expériences seront traitées selon les perceptions de trois catégories d'acteurs : les adolescents, les parents et les cliniciens. En outre, les données quantitatives complémentaires recueillies auprès des jeunes avant et après le traitement quant à la gravité de leurs problèmes familiaux et de consommation permettent de bien mettre en contexte l'analyse des différents récits. Plusieurs auteurs recommandent le recours aux méthodologies mixtes, la complémentarité des sources de données quantitatives et qualitatives permettant d'augmenter la fidélité et la validité des observations (Miles et Huberman, 1994; Van der Maren, 1996).

2.2. Participants

Les participants ont été ciblés à partir de l'échantillon de l'étude plus large (Bertrand *et al.*, 2009). Les critères d'inclusion de l'étude de cas pour la sélection des participants étaient : 1) avoir accepté d'être contacté pour d'autres recherches qui s'inscriraient dans la suite de la plus large étude; 2) avoir été suivi par un intervenant d'un centre externe en toxicomanie (DMCQ) ayant accepté de participer à ce projet d'étude de cas; 3) avoir eu un suivi d'au moins 5 heures en individuel et combinant les approches motivationnelle et cognitive comportementale pour le traitement de l'abus de cannabis (Webb, Scudder, Kaminer et Kadden; 2002); 4) être un adolescent âgé de 14 à 17 ans, consommateur de drogues depuis au moins deux ans; 5) être l'enfant d'une famille biparentale pouvant inclure le beau-père ou la belle-mère; 6) avoir au moins un parent ayant été impliqué dans le traitement. Pour assurer une certaine homogénéité entre les participants, les critères d'exclusion étaient : 1) être l'enfant d'une famille présentant des problématiques de violence, maltraitance ou négligence se retrouvant dans le questionnaire de l'*Indice de gravité d'une toxicomanie pour adolescents* (IGT-Ado) (Landry, Guyon, Bergeron et Provost, 2002); 2) être un adolescent consommateur de drogues dures : cocaïne, héroïne, *crystal meth*. Le nombre total de participants à cette étude de cas est de huit personnes, soit trois parents, deux adolescents ainsi que trois cliniciens ayant assuré le suivi de ces familles.

La première famille est constituée de deux participants pour l'étude, soit la mère ainsi que son fils. Le père n'a pas accepté de participer à l'étude. L'adolescent était âgé de 17 ans lors de son entrée en traitement et de 21 ans lors de la rencontre post-traitement. Son plus haut niveau de scolarité complété est un quatrième secondaire. Il habite avec ses deux parents biologiques qui n'ont jamais été séparés. La mère, dans la mi-quarantaine, a un diplôme d'études collégiales et un revenu se situant entre 30 000 \$ et 39 000 \$. Elle vit en union libre avec le père de l'adolescent. En lien avec cette famille, un clinicien participe à l'étude. Il s'agit de l'intervenant qui a rencontré la famille et qui a assuré le suivi de l'adolescent tout au long du traitement. En ce qui a trait à la fréquence d'utilisation des services en toxicomanie pour cette famille, voici comment elle se répartit : l'adolescent a reçu un traitement dans un centre externe s'étalant sur une période de 27 semaines, totalisant 14 rencontres d'une durée totale de 15 heures 45 minutes; la mère quant à elle a assisté à une rencontre avec le centre externe d'une durée de 1 heure et 45 minutes.

Les participants de la seconde famille sont une adolescente et ses deux parents biologiques. La jeune fille était âgée de 15 ans à l'entrée en traitement et de 17 ans lors de la rencontre post-traitement. Elle a terminé sa troisième année du secondaire au programme régulier et habite chez sa mère. Ses parents se sont séparés lorsque l'adolescente avait huit ans. La mère, dans la mi-cinquantaine, rapporte un revenu entre 20 000 \$ et 29 000 \$ par année et n'a pas terminé ses études collégiales. Le père, pour sa part, est également dans la mi-cinquantaine. Il a un revenu de plus de 50 000 \$ et a terminé sa cinquième année du secondaire. Deux cliniciens ayant accepté de participer à la recherche ont suivi cette famille. Le premier est celui étant responsable du suivi individuel avec l'adolescente, tandis que le second est celui s'étant occupé du volet familial avec les deux parents. L'utilisation des services en centre externe chez cette famille a été la suivante : l'adolescente a participé à 6 rencontres s'étalant sur 6 semaines et ayant une durée totale de 6 heures 30 minutes; la mère a pour sa part assisté sur une période de 25 semaines à 13 rencontres totalisant une durée de 18 heures et 15 minutes; le père a participé à 2 rencontres sur une période de 3 semaines, pour un total de 3 heures et 45 minutes.

2.3. Instruments de mesure

L'*Indice de gravité d'une toxicomanie pour adolescents* (IGT-Ado) est un instrument élaboré à partir de la traduction de l'*Addiction Severity Index* (IGT/ASI), instruments validés et largement utilisés auprès des adultes (McLellan, Luborsky et Earlen, 1980). L'IGT-Ado a été validé auprès d'adolescents québécois et montre de bonnes qualités psychométriques (Landry, Guyon, Bergeron et Provost, 2002). Il évalue notamment la gravité des problèmes d'alcool, de drogues et des problèmes familiaux. Un résultat standardisé est obtenu à partir d'un ensemble d'indicateurs présents au sein de chacune de ces échelles. Ces résultats s'expriment en décimales et se situent entre 0 et 1.

La présente étude s'appuie également sur des entrevues individuelles en profondeur de type semi-structuré d'une durée de 60 à 75 minutes, méthodologie utilisée par divers auteurs des domaines de la toxicomanie et de la déviance (Bertrand et Nadeau, 2006; Brunelle, 2001; Carra, 2005; Kokoreff, 2005). Trois catégories d'entrevues ont été réalisées : celles auprès des parents, celles auprès des adolescents et celles auprès des cliniciens. Dans le but d'obtenir les perceptions de chaque acteur sur le même processus de changement pour ensuite les croiser à l'analyse, les trois entrevues abordent les mêmes thèmes et de façon similaire. Ces thèmes sont la perception du processus de changement de l'adolescent, la perception du processus de changement de la famille, la contribution de la famille au processus de changement, les difficultés rencontrées ainsi que l'expérience vécue au cours des rencontres familiales. Ces entrevues s'attardent à l'expérience des participants débutant à l'entrée en traitement et allant jusqu'au moment des entrevues à 17 et 32 mois après l'admission en traitement.

2.4. Considérations éthiques

Cette étude a fait l'objet d'une approbation par le Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CERT/2006-051) ainsi que par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières (CER-06-112-07.18). Les principes de confidentialité et de libre participation à la recherche ont été respectés.

2.5. Analyses

Pour les données qualitatives, la méthode d'analyse de contenu thématique (Ghiglione et Matalon, 1978) a été utilisée. Une analyse verticale de chacune des entrevues a été effectuée à l'aide du verbatim des enregistrements audionumériques des entrevues, des fiches signalétiques et des notes préliminaires. Cette démarche permet de découvrir des unités de signification et d'élaborer des catégories conceptuelles détaillées. Une analyse horizontale et transversale a été effectuée à partir des comparaisons entre les entrevues, permettant d'identifier les thèmes récurrents (Miles et Huberman, 1994). Le contenu de ces entrevues a été comparé afin de faire ressortir les points communs et les divergences entre les perceptions des personnes impliquées. De plus, une analyse a ciblé l'implication de la famille en traitement, mais également l'influence de celle-ci sur le processus à l'extérieur du cadre des rencontres. En ce qui concerne les données quantitatives de l'IGT-Ado, des analyses descriptives et comparatives ont été menées pour comparer les mesures pré et post-traitement.

3. Résultats

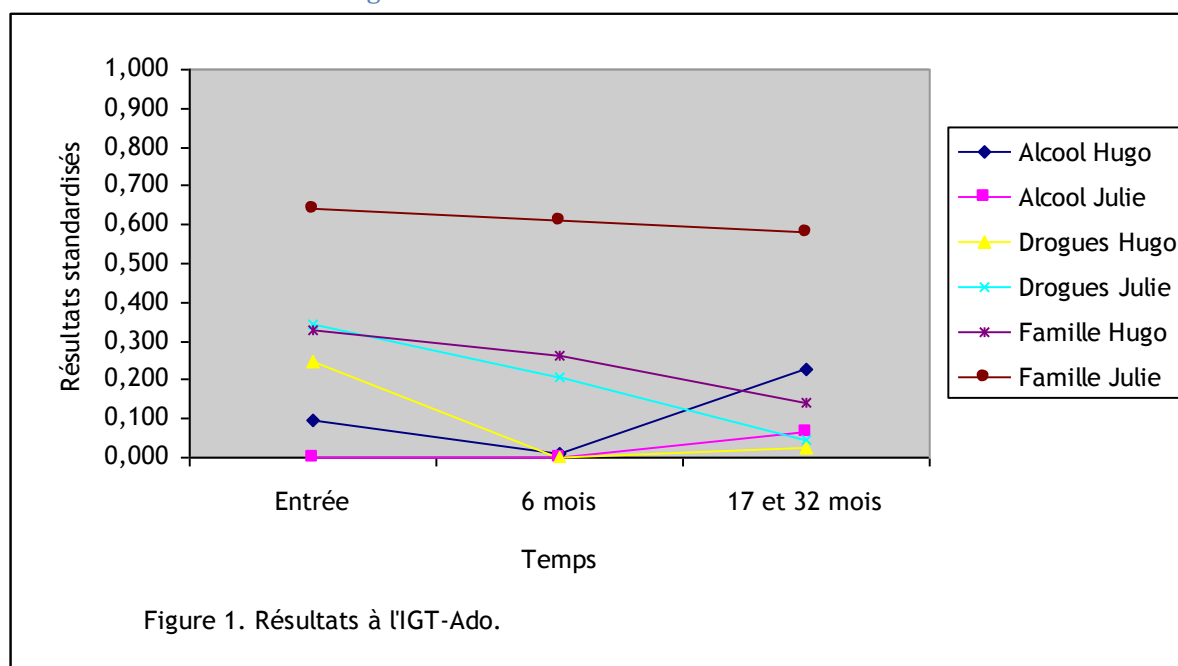
En vue de bien mettre en contexte les principaux résultats de cette étude qui découlent de l'analyse qualitative, les résultats du volet quantitatif sont d'abord présentés afin d'illustrer les trajectoires empruntées par les deux adolescents au moyen de quelques indicateurs de l'évolution de la gravité de leurs problèmes. Suivent les résultats du

volet qualitatif concernant les processus et les dynamiques qui ont influencé le processus de rétablissement des deux adolescents de cette étude de cas.

3.1. Volet quantitatif : présentation des résultats

Les résultats de Hugo² et de Julie³ à l'IGT-Ado au regard de la gravité des problèmes d'alcool et de drogues des deux adolescents vont tous deux dans le sens d'une réduction globale de la consommation (voir la *Figure 1*).

Figure 1 Résultats à l'IGT-Ado



Dans le cas de Hugo, sa consommation de drogues a diminué de façon marquée après 6 mois de traitement pour ensuite augmenter légèrement à 32 mois. Julie, quant à elle, obtient des résultats sensiblement similaires avec une consommation de drogues diminuant de façon constante à chaque temps de mesure suivant l'entrée en traitement, soit à 6 mois et à 17 mois. Concernant la consommation d'alcool, Hugo a effectué une diminution à 6 mois, mais une augmentation marquée à 32 mois, dépassant même la consommation d'alcool initiale. En termes de fréquence et de quantité, cette augmentation correspond à vingt consommations au cours du mois précédent le dernier temps de mesure. Pour Julie, aucune consommation d'alcool n'a été relevée à l'entrée au traitement ni au suivi de 6 mois, par contre, une légère consommation a été observée à 17 mois après l'entrée en traitement. Quant à la gravité des problèmes familiaux, on note une diminution graduelle et constante pour Hugo de l'entrée en traitement au suivi de 6 mois jusqu'aux derniers temps de mesure. En ce qui concerne Julie, malgré une très faible diminution des problèmes familiaux, ceux-ci doivent être considérés comme stables en raison de l'écart peu prononcé entre les différents temps.

² Nom fictif

³ Idem

3.2. Volet qualitatif : présentation et discussion des résultats

3.2.1. Portait des deux adolescents

Les récits des deux participants ainsi que les données de leurs IGT-Ado permettent de dresser un portrait global de leur histoire et de leur trajectoire de consommation.

Hugo

Hugo provient d'une famille de trois enfants, ayant deux frères plus jeunes. Ses parents vivent ensemble avec le reste de la famille. L'adolescent était un jeune sportif qui pratiquait principalement le soccer, et ce, depuis la sixième année du primaire. Ses premières expérimentations avec la drogue, soit le cannabis, ont été faites à l'âge de 10 ans. Sa consommation a augmenté graduellement jusqu'à sa cinquième année du secondaire, année durant laquelle les problèmes de drogue sont devenus plus sérieux. À cette époque, Hugo prenait des amphétamines et sortait fréquemment. La situation à l'école était plutôt difficile, puisque l'adolescent avait échoué plusieurs années scolaires. Il s'est retrouvé dans la section pour adultes de l'école secondaire, où sa présence aux cours était irrégulière. Parallèlement, il faisait toujours partie d'une équipe de hockey malgré le fait qu'il consommait toute la journée. « [...] moi, dit-il, j'étais sur le party tout le temps pis, tsé, j'étais ben allumé tout le temps. » Ce train de vie l'a amené à se faire renvoyer de l'école et de son équipe de hockey qui, à cause de ses comportements, s'est vue exclure des séries éliminatoires. Quelques jours plus tard, Hugo a abandonné l'école et a fait avec l'aide de ses parents un arrêt de consommation d'amphétamines tout en demeurant dans la maison familiale et en prenant part à un suivi externe en toxicomanie. À ce moment-là, l'adolescent avait 17 ans. De leur côté, les parents sont également allés chercher de l'aide en tant que couple avec un thérapeute en pratique privée en plus de participer à quelques rencontres de groupes de parents offertes par le centre en toxicomanie. Hugo a réussi à ne pas consommer pendant neuf mois consécutifs avant de rechuter. Une rechute qui a été de courte durée et qui a ensuite laissé place au maintien de son arrêt de consommation. Il s'est inscrit dans une formation professionnelle et a même tenté sa chance avec l'armée. Aujourd'hui, Hugo a 21 ans et suit toujours sa formation professionnelle. Il consomme de l'alcool de façon occasionnelle, ne retouche plus au cannabis et aux amphétamines, la substance qui lui avait causé davantage de problèmes.

Julie

Julie, à l'instar de Hugo, provient elle aussi d'une famille de trois enfants. Sa sœur et son frère sont plus âgés et ses parents ont divorcé lorsqu'elle avait huit ans. Depuis ce temps, c'est sa mère qui en a la garde. La première consommation de Julie a été du cannabis lorsqu'elle avait 14 ans. La drogue de choix de Julie est devenue par la suite les amphétamines. Cette substance lui permettait de se sentir mieux dans sa peau et lui donnait l'impression d'avoir le contrôle. Un jour qu'elle en avait une grande quantité sur elle à l'école, elle s'est fait prendre par des policiers qui lui ont exigé de rencontrer une intervenante en milieu scolaire. Suite à cette rencontre, elle a été envoyée dans un centre externe en toxicomanie et de là, elle a entamé sa démarche. À ce moment-là, l'adolescente était âgée de 16 ans et consommait habituellement chaque jour. Parallèlement aux services que recevait leur fille, les parents ont également rencontré un intervenant et participé à quelques réunions de groupe de parents. Julie a ensuite été envoyée dans un centre résidentiel de traitement de la toxicomanie. Cependant, en attendant son admission, elle a dû être hospitalisée en raison d'une surconsommation d'amphétamines. Son séjour au centre résidentiel lui a été très bénéfique selon ce qu'elle rapporte et lui a permis de maintenir une abstinence pendant six mois. Peu de temps après sa sortie, l'adolescente a rechuté tout d'abord avec le cannabis, pour ensuite revenir à sa consommation de choix, les amphétamines. Sa mère a fait appel à

la police suite à une autre découverte de substance, mais cette fois, au domicile familial. Après cet événement, Julie a cessé à nouveau de consommer et a jugé bon de quitter l'école pour se trouver un travail et changer de milieu. Aujourd'hui, l'adolescente a 17 ans, elle travaille toujours et fréquente l'école dans la section des adultes. En ce qui a trait à sa consommation, elle n'a pas reconsommé d'amphétamines ni de cannabis et boit occasionnellement de l'alcool.

Ces démarches ont été vécues par les adolescents, mais également par leur famille ainsi que leurs cliniciens. C'est pourquoi tous ces acteurs ont partagé leur point de vue sur la démarche des adolescents. Les mensonges, la communication, l'implication parentale ainsi que le vécu positif des rencontres familiales semblent avoir été des thèmes centraux pour la majorité d'entre eux.

3.2.2. Élément déclencheur

Dans les deux récits des adolescents de cette étude, plusieurs correspondances peuvent être mises en relation. La première se situe au début de leurs démarches : l'élément déclencheur. Dans les deux cas, la décision de mise en action pour une démarche en toxicomanie a été provoquée par un événement extérieur aux adolescents, significatif, lié directement aux conséquences de la consommation du jeune. Pour Hugo, le déclencheur s'est produit dans le cadre de son implication dans une équipe sportive :

Le coach l'a su (que Hugo avait été renvoyé de l'école et qu'il n'avait pas le droit de jouer avec l'équipe), on était rendus en grande finale au secondaire. Fait que... ça fait que tout mon club a été éliminé à cause que toutes les *games* qu'on avait gagnées pendant ce temps-là, on les avait perdues.

L'identification de cet élément déclencheur est également semblable chez la mère de même que chez le clinicien ayant suivi les parents. Peu de temps après cet épisode très intense en émotions, l'adolescent s'est engagé dans un processus de réadaptation en toxicomanie. Julie rapporte également un événement significatif lié à des conséquences immédiates de sa consommation, cette fois vécu dans son milieu scolaire :

[...] je me suis fait prendre dans le fond. Je consommait beaucoup, pis j'avais... j'avais beaucoup de consommation sur moi, pis je sais pas, les polices étaient là, pis ils m'ont trouvée, genre. Pis là, ils m'ont dit, là, il faut que tu rencontres l'intervenante de ton école.

La mère de l'adolescente relate également ce fait comme un tournant vers la démarche. Cependant, le père de Julie ne situe pas l'élément déclencheur au même moment, mais plus tard dans la trajectoire, lorsque la vie de l'adolescente est en danger :

Ben oui, elle a manqué, elle a manqué crever, mais, non, non, moi, tout de suite quand j'ai appris que, moi, ils m'ont caché ça un bout de temps, quand j'ai appris qu'elle se droguait, tabarnouche! à l'âge qu'elle avait pis tout, pis ce qu'elle prenait, faut que ça arrête.

Le fait que dans les deux trajectoires, l'élément déclencheur des démarches prend ancrage à l'extérieur des individus (en opposition avec leur réalité interne) laisse entrevoir une hypothèse. Comme le mentionnent plusieurs auteurs (Baumrind et Moselle, 1985; Brewster, 2001; Ridenour *et al.*, 2002), la consommation interfère avec les tâches normatives du développement, ce qui amenuise les aptitudes à

l'introspection des adolescents et par le fait même donne une place plus importante aux actions et aux événements.

3.2.3. Présence de rechute

Pour Prochaska, DiClemente et Norcross (1992), la rechute fait partie du processus de changement, non pas qu'elle soit obligatoire, mais elle est considérée comme une étape par laquelle peuvent passer les individus. En ce qui concerne Hugo et Julie, les deux adolescents ont fait l'expérience de la rechute dans leur cheminement respectif. Julie raconte que ce bref retour à la consommation avait pour but d'aller mettre à l'épreuve ses anciennes conceptions de plaisir reliées aux substances. Elle va même jusqu'à admettre que ce geste était prémédité :

Mais j'ai rechuté... avant de rechuter, là, j'ai rechuté dans ma tête. Ça faisait longtemps que je savais que j'allais rechuter dans mon six mois. Je suis allée chercher mon diplôme, mais je savais que j'allais rechuter [...] je me disais, tsé, avant, quand je prenais du *speed*, me semble que j'avais la certitude de qui j'étais, pis j'avais pas d'émotions [...] j'en ai refait et ça n'a vraiment pas fait ça.

Pour Hugo, moins d'informations sur la rechute ont été divulguées, par contre, sa mère rapporte assez d'éléments pour illustrer clairement l'état de son fils à ce moment-là :

[...] il a échappé au bout de neuf mois. Pis, il en a fait, un soir. Et il nous l'a dit tout de suite le lendemain et il était jeté à terre : « J'ai plus mon neuf mois en arrière de mois, je viens de retomber. »

3.2.4. Mensonges et communication

Tout au long de leurs récits, les deux adolescents ainsi que leurs parents rapportent fréquemment que les mensonges teintaient beaucoup leurs relations. Souvent, pour cacher leurs consommations à leurs parents ou même pour tenter de les épargner, les adolescents s'enlisent dans la spirale du mensonge. Pour Hugo, l'association semble être évidente : « Tsé, on s'entend que ça, la drogue, ça occasionne le mensonge, là, veut, veut pas, quand tu en prends, tu vas mentir. » Parfois, cette spirale est tellement importante qu'elle en devient une seconde réalité que les adolescents exposent aux personnes impliquées, comme le rapporte Julie : « J'avais comme la vie, pis j'avais la vie que je montrais à ma mère de moi, mais ce n'était pas ça, pis je ne pouvais pas être vraiment... ma mère ne pouvait pas vraiment me comprendre [...] » Comme le souligne l'adolescente, ce genre de situation ne facilite en rien les relations avec les proches et a un impact direct sur la communication ainsi que sur le lien de confiance, impact qui peut laisser des traces même après l'arrêt de consommation. C'est pourquoi, encore aujourd'hui, ses parents ne peuvent être garants de la franchise de leur fille comme en témoigne le père : « Là, aujourd'hui, on dit qu'elle ne consomme plus, pis ç'a l'air à être vrai, pis on est ben contents [...], mais elle pourrait consommer et je ne le saurais pas plus. C'est de même. » Les problèmes de consommation apportent donc leur lot de mensonges, ce qui peut nuire à la communication au sein de la famille. Le rétablissement d'une communication saine et efficace semble avoir été au centre des préoccupations tant pour les cliniciens que pour les familles. Chaque membre des deux familles a affirmé que les problèmes de consommation avaient apporté des difficultés dans la communication. La mère de Hugo parle du changement dans la communication entre elle et son fils : « [...] nous autres on avait une belle communication, mais à un moment donné la communication était... un peu à côté. » Grâce à la rencontre familiale ainsi qu'aux informations données par Hugo, le clinicien a inséré la communication comme un aspect important dans son plan d'intervention :

[...] c'était un des objectifs en suivi ici, c'est d'améliorer la communication avec sa mère parce qu'à chaque fois qu'ils se parlaient ils... ça finissait qu'ils se chicanaient. Donc, ils ont appris à mieux se parler, pis à mieux communiquer, pis à mieux se laisser les choix respectifs à chacun.

Dans les rencontres familiales, le thérapeute travaille de façon à ce que l'information circule efficacement, il gère la communication de sorte que les échanges soient bénéfiques. Ces rencontres peuvent constituer un pont entre la communication néfaste engendrée par la dépendance et amener une façon de communiquer plus saine. Hugo illustre bien cette fonction :

[...] mon intervenant, il a comme emmené la situation, le sujet genre, pis il l'a bien amené, fait que c'est ça qui a fait que, tsé, on savait où s'en aller pis on savait de quoi parler [...] c'est comme deux équipes, là, on a lui d'impartial pour pouvoir juger de ce que lui y pense que, il y a des choses que lui pourrait faire pour faire justement des compromis dans certaines situations.

Dans la famille de Julie, il a été fait mention à plusieurs reprises des choses qui ont été cachées ou dites de façon inappropriée. Ce qui donne l'impression que le problème de consommation influait non seulement sur l'honnêteté, mais également sur la façon de dire les choses ainsi que sur la façon de les recevoir comme interlocuteur. Parlant de sa rencontre familiale en compagnie de sa mère, Julie exprime ce que ce moment lui a apporté :

[...] ç'a permis aussi que, qu'on parle de ça sans se fâcher. Parce que ça, je l'abordais le sujet, mais je l'abordais mal. Pis j'étais peut-être trop hostile ou je sais pas, ma mère, elle était peut-être, tsé, ma mère aussi elle a son petit caractère, là.

À l'instar du clinicien de Hugo, le thérapeute, ayant rencontré les parents de Julie et animé les groupes pour parents, avait également inclus la communication dans ses objectifs thérapeutiques : « La communication s'était améliorée aussi en ce qui concerne les meilleures attitudes, l'objectif 3 ». Au regard de la place que semble occuper la communication à travers le discours de ces deux familles ainsi que de leurs cliniciens, il serait difficile de passer sous le silence son importance dans le traitement de la toxicomanie. Ce constat vient donc appuyer les résultats de Terjanian (2002) qui démontrent que l'amélioration de la communication est un élément facilitant le succès du traitement des adolescents consommateurs.

3.2.5. L'absence des pères et le mouvement de l'implication parentale

La place que tient le père dans les récits des deux jeunes est très mince comparativement à celle de leur mère ou même de leurs amis. Un parallèle peut être tracé avec la place qu'ont occupée ces pères avant et au début de la démarche. Cependant, en cours de processus, leur niveau d'implication a considérablement augmenté. Ce mouvement de l'implication paternelle est intimement lié à un autre mouvement dans la famille lors de la démarche, soit celui de la position maternelle. À travers les deux récits, il est clairement exprimé par tous les acteurs que les mères sont fortement impliquées auprès de leurs adolescents et de leurs problèmes de consommation. La mère de Hugo n'hésite pas à dire qu'à un certain moment, il n'y avait que les problèmes de son fils qui semblaient exister : « ... que notre vie arrête de tourner toujours à l'entour de [...] que notre vie tourne toujours autour que de la consommation, parce qu'avant ça, notre vie n'était que ça. » Le clinicien ayant assuré le suivi auprès de Hugo décrit la dynamique mère/fils avant la démarche : « [...] avant,

quand il était dans ses problèmes de consommation, sa mère était tellement au-devant de lui que lui il ne se mobilisait pas, il était plus en réaction face à sa mère que de se mobiliser pour régler ses problèmes. » Parallèlement, la seconde famille a également expérimenté cette prise de position face au problème de consommation de leur fille. Le discours de la mère de Julie comporte beaucoup de similarités avec celui de la mère de Hugo : « [...] ma fille, là, je voulais vraiment la sauver, tu sais, pis c'était comme tout, pis il n'y avait comme pu rien d'autre. » Il est clairement décrit à travers les entrevues que ce désir des mères d'en faire toujours plus pour leur adolescent en difficulté venait souvent empêcher leur jeune d'avancer dans leur démarche. Cependant, en cours de processus, les pères ont repris une place plus importante, un geste encouragé tant par les familles que par les cliniciens. Ainsi, dans le cas de Julie, son père qui était divorcé de sa mère depuis déjà quelques années s'est mis à leur rendre visite de façon plus régulière, tout en participant à un début de démarche parentale avec le centre d'intervention en toxicomanie de sa fille. La mère de l'adolescente commente l'impact que cela a eu pour elle :

[...] qu'il soit venu, moi, ça, c'a comme donné une... moi, je l'ai senti comme ça, que j'avais un peu un soutien aussi, là. Parce que moi, j'étais assez désemparée là-dedans. Et puis, même si ça n'a pas été idéal, c'a quand même, je l'ai quand même senti comme ça, qu'il voulait tout le temps, ça a été ça.

Dans les deux cas, il faut s'attarder à l'implication du père et l'effet de celle-ci sur la dynamique familiale. Le père s'impliquant, la dynamique tend à changer et profite d'une nouvelle ressource, comme le démontre le cas des parents de Julie. Grâce aux rencontres auxquelles elle a pris part avec son ex-conjoint au centre externe ainsi qu'aux rencontres et au soutien reçu au centre interne de sa fille, la mère de l'adolescente a su adopter une position différente de celle qu'elle avait au départ, et ce, pour le bien de sa fille :

[...] et puis, c'est sûr que moi, j'ai eu à apprendre à me détacher, moi, les rencontres que j'ai faites m'ont aidée à faire ça [...] fait que j'ai comme appris un peu à me détacher de ça, à lui dire ce que je pensais, mais pas mettre d'interdits, faut que ça soit... que ça vienne d'elle, bon.

La mère de Hugo a eu à faire le même genre de mouvement dans la relation avec son fils, mouvement également lié à un retour de l'implication du père. Le clinicien dresse le portrait :

[...] il a vu que sa mère, elle avait pris un certain pas de recul face à ses problèmes et lui redonnait son autonomie là-dedans, pis lui, eh... il était rendu là, il voulait être plus autonome, il a vu que sa mère se retirait, donc lui, il a pu vraiment prendre en main ses propres choix.

Comme le souligne le clinicien, l'enjeu central de ce mouvement dans les positions parentales est l'autonomie de l'adolescent, et ce, tant dans l'histoire de Hugo que dans celle de Julie.

3.2.6. L'impact sur la fratrie

Malgré le fait que les projecteurs soient souvent tournés vers l'adolescent consommateur et ses parents, les membres de la fratrie sont également des acteurs ayant leur rôle à jouer. Il peut être difficile de convaincre la fratrie de se joindre aux rencontres familiales, et dans le cas où les tentatives échouent, le thérapeute devrait toujours y porter une attention particulière. Dans l'histoire de Julie, sa sœur et son

frère plus âgés ont joué un rôle de soutien, d'implication plus accrue suite à l'identification de la problématique. La mère l'explique comme suit :

[...] pis moi j'ai deux grands enfants aussi, là [...] eux autres, ils se sont beaucoup ressoudés, ben on l'était déjà, mais on a comme participé à fond à se soutenir les uns les autres pis à essayer de trouver des solutions, pis essayer d'aider notre fille, tsé, tant bien que mal.

Dans ce cas précis, la problématique a eu un effet mobilisateur pour la fratrie, par contre, il peut en être tout autrement. La seconde possibilité est illustrée au sein de la famille de Hugo. Lorsqu'une problématique demande autant d'énergie et d'attention de la part des parents, les autres membres de la fratrie peuvent vivre un certain sentiment d'abandon. Dans le but de reprendre cette place qui était la leur, ils trouvent les moyens à leur portée, même si cela peut signifier développer des problèmes. La mère de Hugo semble adhérer à cette hypothèse en parlant du frère cadet de l'adolescent : « Ce n'était que notre fils et la consommation, et les deux autres étaient plus capables. Notre plus petit a développé des troubles d'apprentissage suite à ça, là, fait que, on règle ça aujourd'hui. »

3.2.7. Perceptions des rencontres familiales

Lors des entrevues individuelles, chaque membre des différentes familles a été questionné à propos des rencontres familiales s'étant déroulées en cours de démarche. La totalité des membres des familles ainsi que les cliniciens ont affirmé n'avoir rencontré aucun problème lors des rencontres familiales, qu'aucun élément négatif n'était à relever. Plus encore, chaque membre souligne l'impact positif que ces rencontres ont eu sur leur famille ainsi que leur nécessité. Hugo, lorsque questionné sur son vécu lors de sa rencontre familiale, répond :

Ah! c'est une bonne chose, là, tsé, on peut se dire les vraies choses en face [...] parce que c'est pas toujours facile pis on n'a pas tout le temps l'occasion de faire ça, mais c'est une bonne occasion, moi je trouve ça, ça devrait se faire pour pas mal toutes les familles qui vivent là-dedans.

En plus du consensus quant aux bienfaits des rencontres familiales, une autre notion similaire est ressortie à travers plusieurs discours des membres des familles, celle du mensonge. Non pas que lors de ces rencontres il y ait eu présence de mensonge, mais plutôt que ces rencontres auraient pu être négatives si les adolescents avaient eu l'intention de mentir.

4. Discussion

Les trajectoires des deux adolescents, documentées à l'aide de données quantitatives ainsi que par leurs récits recueillis à travers cette étude de cas, ont permis de mettre en lumière leurs processus de réadaptation ainsi que les éléments clés les ayant ponctués. Les différents acteurs s'entendent tous sur ce changement dans la consommation de leur adolescent et sur l'amélioration de la situation de façon générale. Nous pouvons donc qualifier de « succès » leur démarche de réadaptation en toxicomanie. Quels ont été alors les ingrédients de leurs réussites?

Leur parcours a été marqué par la présence d'une rechute. Dans chaque cas, ce léger retour en arrière a permis aux adolescents de reprendre avec plus d'aplomb leur démarche. Julie a mentionné qu'elle en avait besoin afin d'aller confirmer ou infirmer certaines de ses croyances face à la drogue. En ce qui concerne Hugo, l'adolescent avouait sa rechute à ses parents dès le lendemain et se sentait coupable. Dans les deux

cas, les parents n'ont pas abandonné leur implication dans la démarche de leur adolescent, permettant à ceux-ci d'expérimenter leurs propres choix tout en recevant un soutien parental constant. Ce constat vient réaffirmer l'importance pour les adolescents de faire l'expérience de l'autonomie à travers leurs propres choix, leurs propres chutes et ainsi favoriser leur individuation au moment de l'adolescence. Plus encore, serait-il possible de considérer la rechute comme un moteur vers le maintien de l'arrêt de consommation? Ceci serait alors une façon de constater pour certains adolescents que l'image du consommateur ne correspond plus à la nouvelle image qu'ils ont d'eux-mêmes.

L'unanimité des participants sur la présence du mensonge au sein des familles vient réaffirmer l'importance d'un travail sur la communication familiale lors de la réadaptation en toxicomanie des adolescents, comme le suggère Terjanian (2002). Bien que les données soient insuffisantes pour conclure à une relation de cause à effet, il est cependant intéressant de noter que chaque clinicien a effectué un travail à propos de la communication et que les deux cas se sont avérés être des succès. En effet, les jeunes, leur famille et les cliniciens décrivent des changements significatifs sur ce plan. Les adolescents ont souligné que les interactions avec leurs parents sont devenues moins agressives pour faire place à une ouverture, un respect de l'autre leur permettant d'avoir des échanges plus constructifs. Cette transition d'un mode de critique vers un mode de soutien leur a permis d'être mieux disposés à mener à terme leur processus. Il est donc possible de considérer l'amélioration de la communication, tant auprès du jeune que de sa famille, comme un élément facilitant la réadaptation en toxicomanie.

L'implication et la participation des parents au traitement ont également été un aspect souligné tant par les cliniciens que par les adolescents. Dans le cas de Hugo, c'est auprès de ses parents que celui-ci a effectué son arrêt de consommation. Il a même confié les avoir redécouverts à travers cette expérience. De plus, ses parents ont participé à des rencontres avec le centre en toxicomanie et ont pris part à une thérapie de couple. Il ne fait donc aucun doute qu'il y avait une implication de la part des parents de Hugo dans le traitement, tant pour venir en aide à leur fils que pour avoir du soutien comme parents. Dans le cas de Julie, les parents se sont également mobilisés dans des rencontres avec le centre en toxicomanie, autant en centre externe qu'en centre interne. La mère de l'adolescente rapporte qu'elle fait encore appel à l'intervenante familiale du centre interne de temps à autre, même plus d'un an après la sortie de sa fille. Ces témoignages sur l'implication des parents vont donc dans le sens des résultats de plusieurs chercheurs appuyant l'importance d'impliquer la famille dans le traitement de la toxicomanie chez les adolescents (Center for Substance Abuse Treatment, 2004; Henggeler, Borduin et Mann, 1993; Liddle et Dakof, 1995a, 1995b).

Serait-il envisageable de percevoir cette implication comme un soutien face à l'isolement que peuvent vivre les adolescents dans leur lutte aux problèmes de drogues? Un soutien dans le sens des résultats obtenus par Parker et Benson (2004), démontrant que les adolescents qui perçoivent leurs parents comme souteneurs sont moins enclins à l'abus de drogues. Plus encore, les adolescents pourraient-ils sentir une sorte de répartition de la responsabilité tant face à la problématique que face à la bonne marche du traitement? Pour un jeune de 16 ou 17 ans, en pleine adolescence avec tout ce que cela implique comme changements et perturbations, ce genre de situation peut paraître insurmontable. Cependant, accompagné de ses parents dans ce processus, tout ne relève plus uniquement de lui, la pression s'avère donc moindre.

Sur le plan de la dynamique familiale, un mouvement dans le niveau d'implication de chaque parent a été observé, et ce, au sein des deux familles. Ce mouvement s'est caractérisé par une implication plus importante de la part des pères en cours de

démarche et d'un détachement de la part des mères qui étaient, en début de processus, collées à la problématique de leurs adolescents. Selon la majorité des membres des familles, cette modification a eu des effets positifs sur les familles ainsi que sur le traitement. Ce changement des positions prises par les parents a permis aux adolescents d'avoir un milieu adéquat pour leur individuation, milieu ni trop désengagé, ni trop enchevêtré. C'est dans cet ajustement de l'équilibre familial que les deux adolescents ont donc pu optimiser leur démarche. Ceci appuie encore une fois l'importance d'impliquer la famille, mais également l'avantage de posséder les connaissances nécessaires en intervention familiale afin de modifier ce genre de dynamique. Comme l'ont témoigné les participants, à l'instar de plusieurs auteurs, l'efficacité des interventions familiales en toxicomanie avec les adolescents est claire (Bukstein, 2000; Farrington et Welsh, 1999; Liddle *et al.*, 2001; Liddle et Dakof, 1995a; Szapocznik *et al.* 1983; 1986; Szapocznik et Kurtines, 1989).

En ce qui concerne les limites de l'étude de cas, en raison du type d'étude et de son nombre restreint de participants, aucune généralisation ne peut en être dégagée. De même, aucun lien de cause à effet ne peut être conclu (Hentz, 2006). Les forces de l'étude relèvent en grande partie de la perspective phénoménologique dans laquelle s'inscrivent les récits des adolescents. Les significations qu'ils donnent aux événements auxquels ils ont fait face apportent une vue de l'intérieur de leur démarche, un type de données encore peu répertoriées dans le domaine de la dépendance aux substances. Le recueil des perceptions des trois catégories d'acteurs (adolescents, parents et cliniciens) enrichit également les données recueillies.

Plusieurs implications cliniques des résultats de cette étude peuvent être identifiées. Tout d'abord, les témoignages sur la rechute viennent réaffirmer l'importance de considérer celle-ci comme une partie prenante de certains processus, plus encore, de ne pas l'interpréter comme un retour en arrière, mais bien comme une étape de plus à franchir. Les nombreuses références de la part des participants aux changements d'ordre familial en lien avec les résultats positifs réaffirment l'attention spéciale qui doit être portée aux interventions familiales auprès des adolescents aux prises avec une toxicomanie. Plus particulièrement, la présente étude de cas montre l'intérêt d'impliquer et de s'intéresser au parent le moins présent dans la démarche, de façon à pouvoir faire bouger la dynamique et mettre à profit une nouvelle ressource.

Bibliographie

ANDERSON, Allan R. et Carolyn S. HENRY (1994), « Family system characteristics and parental behaviors as predictors of adolescent substance use », *Adolescence*, 29, 114, p. 405-420.

BANCROFT, Angus, Amanda CARTY, Sarah CUNNINGHAM-BURLEY et Kathryn BACKETT-MILLBURN (2002), *Support for the Families of Drug Users: A review of the literature*, Effective Interventions Unit: Scottish Executive, Drug Misuse Research Programme & Centre for Research on Families & Relationships, University of Edinburgh. 39 p.

BARNARD, Marina (2005), *Drugs in the Family - The Impact on Parents and Siblings*. University of Glasgow, Joseph Rowntree Foundation, North Yorkshire. 49 p.

BARNES, Grace M., Michael P. FARRELL et Allen CAIRNS (1986), « Parental socialization factors and adolescent drinking behaviours », *Journal Marriage and the family*, 48, p.27-36.

BAUMRIND, Diana et Kenneth A. MOSELLE (1985), « A developmental perspective on adolescent drug use », *Advances on Alcohol and Substance Abuse*, 4, p. 41-67.

BAUMRIND, Diana (1991), « The influence of parenting style on adolescent competence and substance use », *Journal of Early Adolescence*, 11, 1, p. 56-95.

BERTRAND, Karine, Candide BEAUMONT, Gilles DURAND et Lisa MASSICOTTE (2006), *Les services de réadaptation offerts par les CRPAT aux jeunes et à leur entourage dans le cadre du programme dépendances. Pratiques gagnantes et offre de services de base*, Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes (FQCRPAT), Montréal, Canada. 45 p.

BERTRAND, Karine, Natacha BRUNELLE, Jean-Marc MÉNARD, Isabelle RICHER, Annie LEMIEUX et Cinthia LEDOUX (2009), *Étude évaluative auprès d'adolescents en traitement de la toxicomanie (partie 1): suivis trois mois et six mois*. Rapport final remis au Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

BERTRAND, Karine et Louise NADEAU (2006), « Toxicomanie et inadaptation sociale grave : perspectives subjectives de femmes en traitement quant à l'initiation et la progression de leur consommation », *Drogues, Santé et Société*, 5, 1, p. 9- 44.

BREWSTER, Mary P. (2001), « An evaluation of the Chester County (PA) drug court program », *Journal of Drug Issues*, 31, p. 177-206.

BROOK, Judith S., David W. BROOK, Orlando ARENCIBIA-MIRELES, Linda RICHTER et Martin WHITEMAN (2001), « Risk factors for adolescent marijuana use across cultures and across time », *Journal of Genetic Psychology*, 162, p. 357-374.

BROOK, Judith S., Chenshu ZHANG, Jonathan KOPPEL et David W. BROOK (2008), « Pathways from Earlier Marijuana Use in the Familial and Non-Familial Environments to Self-Marijuana Use in the Fourth Decade of Life », *American Journal on Addictions*, 17, 6, p. 497-503

BROOME, Kirk M., George W. JOE et D. Dwayne SIMPSON (2001), « Engagement models for adolescents in DATOS-A », *Journal of Adolescent Research*, 16, 6, p. 608-623.

BRUNELLE, Natacha (2001), *Trajectoires déviantes à l'adolescence : usage de drogues illicites et délinquance*, thèse de doctorat inédite, École de criminologie, Université de Montréal. 192 p.

BUKSTEIN, Oscar G. (2000), « Disruptive behavior disorders and substance use disorders in adolescents », *Journal of Psychoactive Drugs*, 32, 1, p. 67-79.

CARRA, Cécile (2005), « Le délinquant comme produit de la dialectique identité personnelle/ régulations sociales », dans Natacha Brunelle et Marie-Marthe Cousineau (Éd.), *Trajectoires de déviance juvénile: les éclairages de la recherche qualitative*. Saint-Nicolas: Presses de l'Université du Québec. p. 153-176.

CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE TREATMENT (2004), *Substance Abuse Treatment and Family Therapy*, Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 39. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 233 p.

CHASSIN, Laurie, Steven C. PITTS, Christian DELUCIA et Michael TODD (1999), « A longitudinal study of children of alcoholics: Predicting young adult substance use disorders, anxiety, and depression », *Journal of Abnormal Psychology*, 108, p. 106-119.

CHEN, Chuan-Yu et James C. ANTHONY (2003), « Possible age-associated bias in reporting of clinical features of drug dependence: Epidemiological evidence on adolescent-onset marijuana use », *Addiction*, 98, p. 71-82.

COTTON, Nancy S. (1979), « The familial incidence of alcoholism » *Journal of Studies on Alcohol*, 40, p. 89-116.

DEAS, Deborah, et Suzanne E. THOMAS (2001), « An Overview of Controlled Studies of Adolescent Substance Abuse Treatment », *The American Journal on Addictions*, 10, p. 187-189.

DENNIS, Michael, Susan H. GODLEY, Guy DIAMOND, Frank M. TIMS, Thomas BABOR, Jean DONALDSON, Howard LIDDLE, Janet C. TITUS, Yifrah KAMINER, Charles WEBB, Nancy HAMILTON et Rod FUNK (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(3), p. 197-213.

DIAMOND, Guy S., Alberto C. SERRANO, Mitchell DICKEY et William A. SONIS (1996), « Current status of family based outcome and process research », *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Journal*, 35, 1, p. 6-16.

DORIUS, Cassandra J., Stephen J. BAHR, John P. HOFFMANN et Elizabeth Lovelady HARMON (2004), « Parenting practices as moderators of the relationship between peers and adolescent marijuana use », *Journal of Marriage and Family*, 66, p. 163-178.

DUBÉ, Gaétane et Claire FOURNIER (2007), « Consommation d'alcool et de drogues » dans Gaétane Dubé, Rebecca Tremblay, Issouff Traoré et Isabelle Martin (Eds), *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, les drogues et le jeu chez les élèves du secondaire*. Montréal, Québec, Canada : Institut de la statistique du Québec, 2006, p. 83-123.

DUBÉ, Gaétane, Rebecca TREMBLAY, Issouff TRAORÉ et Isabelle MARTIN (2007), « Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2006 » *Institut de la statistique du Québec*, Québec. 164 p.

DUFOUR, Magali H. et Louise NADEAU (1998), « L'efficacité des programmes de prévention axé sur les familles », *Santé mentale au Québec*, 23, 2, p. 224-246.

FARRINGTON, David P. et Brandon C. WELSH (1999), « Delinquency prevention using family-based interventions », *Children and Society*, 13, p. 265-281.

FERGUSON, David M., L. John HORWOOD et Nicola SWAIN-CAMBELL (2002), « Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood », *Addiction*, 97, p. 1123-1135.

FERGUSON, David M., L. John HORWOOD et Annette L. BEAUTRAIS (2003), Cannabis and educational achievement, *Addiction*, 98, p. 1681-1692.

GHIGLIONE, Rodolphe et Benjamin MATALON (1978), *Les enquêtes sociologiques*, Armand Colin, Paris. 304 p.

GRIFFIN Kenneth W., Gilbert J. BOTVIN, Lawrence M. SCHEIER, Tracy DIAZ et Nicole L. MILLER (2000), « Parenting practices as predictors of substance use, delinquency, and aggression among urban minority youth: Moderating effects of family structure and gender », *Psychology of Addictive Behaviors*, 14, p. 174-184.

HAMEL, Jacques (dir.) (1992), « The case study method in sociology », *Current sociology*, 40, 1.

HAWKINS, J. David, Richard F. CATALANO et Janet Y. MILLER (1992), « Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood : Implications for substance abuse prevention », *Psychological Bulletin*, 112, p. 64-105.

HENGGELE, Scott W., Charles M. BORDUIN et Barton J. MANN (1993), « Advances in family therapy: Empirical foundations », *Advances in Clinical Child Psychology*, 15, p. 207-241.

HENTZ, Patricia B. (2006), « Case study : The Method » dans Patricia L. Munhall (Ed.), *Nursing research : A qualitative perspective*. Jones and Bartlett Publishers, Toronto, p. 349-358.

HUNDLEBY, John D. et G. William MERCER (1987), « Family and friends as social environments and their relationship to young adolescents' use of alcohol, tobacco, and marijuana », *Journal of Marriage and the Family*, 49, p. 151-164.

KOKOREFF, Michel (2005), « Toxicomanie et trafics de drogues », dans Natacha Brunelle et Marie-Marthe Cousineau (Éd.), *Trajectoires de déviance juvénile: les éclairages de la recherche qualitative*. Saint-Nicolas, Presses de l'Université du Québec. p. 31-68.

KUMPFER, Karol L. et Rose ALVARADO (2003), « Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors », *American Psychologist*, 58, p. 457-465.

LANDRY, Michel, Louise GUYON, Jacques J. BERGERON et Geneviève PROVOST (2002), « Développement et validation d'un instrument d'évaluation de la toxicomanie chez les adolescents », *Alcoolologie et Addictologie*, 24, 1, p. 7-13.

LEDOUX, Sylvie, Patrick MILLER, Marie CHOQUET et Martin PLANT (2002), « Family structure, parent-child relationships, and alcohol and other drug use among teenagers in France and the United Kingdom », *Alcohol and Alcoholism*, 37, 1, p. 52-60.

LEE, Ji-Min et Nancy J. BELL (2003) « Individual differences in attachment-autonomy configurations : linkages with substance use and youth competencies », *Journal of Adolescence*, 26, 3, p. 347-361.

LIDDLE, Howard A. et Gayle A. DAKOF (1995a), « Family-based treatment for adolescent drug use: State of the science », dans E. Rahdert & D. Czechowicz (Ed.), *Adolescent drug abuse: Clinical assessment and therapeutic interventions*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, p. 218-254.

LIDDLE, Howard A. et Gayle A. DAKOF (1995b), « Efficacy of family therapy for drug abuse: Promising but not definitive », *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, p. 511-544.

LIDDLE, Howard A., Gayle A. DAKOF, Kenneth PARKER, Guy S. DIAMOND, Kimberly BARRETT et Manuel TEJEDA (2001), « Multidimensional family therapy for adolescent substance abuse: results of a randomized clinical trial », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, p. 651-687

LYNSKEY, Michael et Wayne HALL (2000), « The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: A review », *Addiction*, 95, p. 1621-1692.

LYNSKEY, Michael T., Andrew C. HEATH, Kathleen K. BUCHOLZ, Wendy S. SLUTSKE, Pamela A. MADDEN, Elliot C. NELSON, Dixie J. STATHAM et Nicholas G. MARTIN (2003), « Escalation of drug of drug use in early-onset cannabis users vs co-twin controls », *Journal of the American Medical Association*, 289, p. 427-433.

MCARDLE, Paul, Auke WIEGERSMA, Eilish GILVARRY, Birgitta KOLTE, Steven MCCARTHY, Michael FITZGERALD, Aoife BRINKLEY, Maria BLOM, Ingo STOECKLE, Anna PIEROLINI, Ingo MICHELS, Rob JOHNSON et Stephan QUENSEL (2002), « European adolescent substance use : the roles of family structure, function and gender », *Addiction*, 97, p. 329-336.

MCLELLAN, A. Thomas, Lester LUBORSKY, George E. WOODY et Charles P. O'BRIEN (1980), « An improved diagnostic instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, p. 26-33.

MERCIER, Céline et Sophie ALARIE (2000), « Le processus de rétablissement chez les personnes alcooliques et toxicomanes », dans Pierre Brisson (Éd), *L'usage des drogues et de la toxicomanie, volume III*. Boucherville, Gaëtan Morin, p. 335-350.

MILES, Matthew B. et A. Michael HUBERMAN (1994), *Qualitative data analysis, second edition*, Thousand Oaks, Sage Publications. 337 p.

MUNK, Adam C. (2008), *Parental influence on hispanic adolescent substance use*, Thèse de Doctorat de Texas Tech University, Texas. 137 p.

NADEAU, Louise, Michel LANDRY, Karine BERTRAND et Didier ACIER (2007), « Treatment evaluation: how qualitative long term results inform quantitative results », *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, supp.31, 6, p. 123

OBOT, Isidore S., F.A. WAGNER et James C. ANTHONY (2001), « Early onset and recent drug use among children of parents with alcohol problems: Data from a national epidemiologic survey », *Drug and Alcohol Dependence*, 65, p. 1-8.

ORFORD, Jim, Guillermina NATERA, Jill DAVIES, Adriana NAVA, Jazmin MORA, Kate RIGBY, Colin BRADBURY, Nadia BOWIE, Alex COPELLO et Richard VELLEMAN (1998), « Tolerate, engage or withdraw: a study of the structure of families coping with alcohol and drug problems at home: findings from Mexican and English families », *Addiction*, 93, 12, p. 1799-1813

PARKER, Jessica S. et Mark J. BENSON (2004), « Parent-adolescent relations and adolescent functioning: self-esteem, substance abuse, and delinquency », *Adolescence*, 39, 155, p. 519-530.

PATTON, George C., Carolyn COFFEY, John B. CARLIN, Louisa DEGENHARDT, Michael LYNSKEY et Wayne HALL (2002), « Cannabis use and mental health in young people : Cohort study », *British Medical Journal*, 325, p. 1195-1198

PERRY, James L. et Kenneth L. KRAEMER (1986), « Research methodology in the public administration review » *Public administration review*, 46, p. 215-226.

POUPART, Jean (1997), « L'entretien de type qualitatif: considérations épistémologiques et méthodologiques », dans Jean Poupard, Jean-Pierre Deslauriers, Lionel.-H. Groulx, Anne Laperrière et Robert Mayer (Éd.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, p. 173-209.

PROCHASKA, James O., Carlo C. DICLEMENTE et John C. NORCROSS (1992), « In search of how people change : Applications to addictive behaviors », *American Psychologist*, 47, p. 1102-1114.

RIDENOUR, Ty A., Linda B. COTTLER, Lee N. ROBINS, Wilson M. COMPTON, Edward L. SPITZNAGEL et Renee M. CUNNINGHAM-WILLIAMS (2002), « Test of the plausibility of adolescent substance use playing a causal role in developing antisocial behaviour », *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 1, p. 144-155.

RIESCH, Susan K., Robin COLEMAN, Joseph S. GLOWACKI et Kris KONINGS (1997), « Understanding Mothers' Perceptions of What Is Important about Themselves and Parenting », *Journal of Community Health Nursing*, 14, 1, p. 49-66.

SANTÉ CANADA (2001), *Meilleures Pratiques : Traitement et réadaptation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*, Ottawa, Canada. 70 p.

SCHMIDT, Susan E., Howard A. LIDDLE et Gayle A. DAKOF (1996), « Changes in parenting practices and adolescent drug abuse during multidimensional family therapy », *Journal of Family Psychology*, 10, 1, p. 12-27.

SCHUCKIT, Marc A. (1999), « New findings in the genetics of alcoholism », *Journal of the American Medical Association*, 281, p. 1875-1876.

SIMONS, Ronald L., Kuei-Hsiu LIN et Leslie C. GORDON (1998), « Socialization in the family of origin and male dating violence : A prospective study », *Journal of Marriage and the Family*, 60, p. 467-478.

STANTON, M. Duncan et William R SHADISH (1997), « Outcome, attrition, and family couples treatment for drug abuse: A meta-analysis and review of the controlled, comparative studies », *Psychological Bulletin*, 122, p. 170-191.

STEINBERG, Laurence, Susie D. LAMBORN, Nancy DARLING, Nina S. MOUNTS et Sanford M. DORNBUSCH (1994), « Over-time changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families », *Child Development*, 65, p. 754-770.

STEWART, Michael A. et Sandra A. BROWN (1993), « Family functioning following adolescent substance abuse treatment », *Journal of Substance Abuse*, 5, p. 327-339.

SZAPOCZNIK, Jose, William M. KURTINES, Franklin FOOTE, Angel PEREZ-VIDAL et Olga HERVIS (1983), « Conjoint versus one-person family therapy : Some evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, p. 889-899.

SZAPOCZNIK, Jose, William M. KURTINES, Franklin FOOTE, Angel PEREZ-VIDAL et Olga HERVIS (1986), « Conjoint versus one person family therapy: Further evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, p. 395-397.

- SZAPOCZNIK, Jose et William M. KURTINES (1989), *Breakthroughs in family therapy with drug abusing and problem youth*, Springer publishing company, New York. 191 p.
- TERJANIAN, David C. (2002), *Element of Effective Treatment for Adolescent Drug Abusers: Family Communication, Cohesion and Adaptability*, Thèse de Doctorat de Antioch New England Graduate School. 35 p.
- TREMBLAY, Joël, Karine BERTRAND et Jean-Marc MÉNARD (2005), *Implication des membres de l'entourage dans le processus de réadaptation des personnes alcooliques et toxicomanes*, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Montréal, Québec. 122 p.
- VAN DER MAREN, Jean-Marie (1996), *Méthodes de recherche pour l'éducation*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal. 502 p.
- VELLEMAN, Richard, Gerald BENNETT, Tony MILLER, Jim ORFORD, Kate RIGBY et Anne TOD (1993), « The families of problem drug users: a study of 50 close relatives », *Addiction*, 88, 9, p. 1281-1289
- VITARO, Frank, Jean-Marc ASSAAD et René CARBONNEAU (2004), *Les enfants de parents affectés d'une dépendance : bilan des connaissances et leçons pour l'intervention*, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Montréal, Québec. 103 p.
- VITARO, Frank, Richard E. TREMBLAY et Mark ZOCCOLILLO (1999), « Alcoolisme paternel, consommation de psychotropes à l'adolescence et facteurs de protection », *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 44, p. 33-40.
- WEBB, Charles, Meleney SCUDDER, Yifrah KAMINER et Ron KADDEN (2002). *The Motivational Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy Supplement: 7 Sessions of Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Cannabis users*, Cannabis Youth Traitement (CYT) Series, Volume 2. Rockville, Center for Substance Abuse Treatment. 158 p.
- WHITNEY, Stephen D., John F. KELLY, Mark G. MYERS, et Sandra A. BROWN (2002), « Parental substance use, family support and outcome following treatment for adolescent psychoactive substance use disorders », *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse* 11, 4, p. 67-81.
- WILLIAMS, Robert J. et Samuel Y. CHANG (2000), « A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome » *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, p. 138-166.
- WILLS, Thomas Ashby, Frederick X. GIBBONS, Meg GERRARD, Velma McBride MURRY et Gene H. BRODY (2003), « Family communication and religiously related to substance use and sexual behavior in early adolescence », *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, p. 312-323.